

findings obtained by psychodiagnostic examination, the course of the client's psychotherapeutic intervention and the outcomes achieved. The methodology included Hospital Alarm and Depression Scale (HADS), A. Beck Depression Scale, Alarm Scale (HAM-A), SF-36 Quality of Life Questionnaire, the Gisen Psychosomatic Complaint Questionnaire, Psychosomatic Disorders Questionnaire by Chaban O. and Haustova O., the self-esteem scale of depression and anxiety according to Chaban O. and Haustova O., diagnostic techniques of psychosomatic complaints according to Chaban O. and Haustova O. Results: According to the results of the psychodiagnostic examination, the client was found to have expressed anxiety and mild depression, low level of anxiety disorder, lowered indicators of viability, psychological and physical health and social functioning according to the scales mentioned above. The patient demonstrated an increased overall rate of subjective physical complaints with prevalence of psychosomatic complaints of pain in different parts of the body, exhaustion and cardiac symptoms, as well as moderate manifestation of somatic symptoms. A significant impairment of the patient's psychological health component was diagnosed. The client's physical health component was slightly above average, vital energy was reduced. Integrated counselling and psychotherapy were conducted with the patient. Conclusions. Following the psychotherapeutic assistance, and in particular, psychosomatic therapy, the anxiety level significantly decreased that resulted in somewhat amelioration in the psycho-emotional state of the patient and dying out of frequent psychosomatic complaints.

DOI 10.31718/2077-1096.20.1.222

УДК 616.5-004-06

Ждан В.М., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Гордієнко О.В., Мороз Т.В.**ІНФЕКЦІЙНІ УСКЛАДНЕННЯ У ХВОРОГО НА СИСТЕМНУ СКЛЕРОДЕРМІЮ**

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Комунальне підприємство

«Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради», м. Полтава

Системна склеродермія – автоімунне захворювання сполучної тканини, з характерним ураженням шкіри, судин, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів (нирки, серце, легені, травний канал), в основі якого лежить порушення мікроциркуляції, запалення і генералізований фіброз. На попередньому етапі діагностики особливе значення має тріада початкових ознак захворювання: синдром Рейно, характерне ураження шкіри, суглобовий синдром. Надалі в процес залучаються численні органи і тканини. Інфекційні ускладнення займають одне з провідних місць в структурі смертності пацієнтів з системними захворюваннями сполучної тканини, поряд з кардіоваскулярними і онкологічними захворюваннями. На підставі аналізу ретроспективних даних встановлено, що частота коморбідних інфекцій у стаціонарних пацієнтів з ревматичними захворюваннями склала 9,7% з переважним ураженням органів дихання (44%), сечовивідних шляхів (29,2%), шкіри і м'яких тканин (18,9%). Найбільш часто коморбідні інфекції зустрічалися у хворих системним червоним візчаком (28,4%) і ревматоїдним артритом (13,2%). Інфекції становлять 2-9% всіх причин смерті хворих на системну склеродермію. Реєструються випадки тяжких інфекцій (пневмонія, сепсис, бактеріальний артрит, ураження шкіри і м'яких тканин та ін.), в тому числі з летальним наслідком. Проблема диференціальної діагностики системного інфекційного процесу і ревматичних захворювань, що протікають з високою активністю, є надзвичайно актуальною. В статті представлено клінічний випадок підгострого перебігу системного склеродермії з поліорганными ураженнями: легень (пневмофіброз, легенева гіпертензія), серця (рестриктивна кардіоміопатія, тріпотіння передсердь), нирок (нефрит) з приєднанням тяжких інфекційних ускладнень (септицемія, флегмона м'яких тканин лівої ноги), який, на нашу думку, може представляти певний клінічний інтерес. Представлений клінічний випадок наочно демонструє тяжкий підгострий перебіг з поліорганными ураженнями: легень, серця, нирок, травного тракту. На тлі імунodefіциту приєдналися тяжкі інфекційні ускладнення, зокрема септицемія, флегмона м'яких тканин, зі складним патогенезом, які зажадали тривалої інтенсивної терапії.

Ключові слова: системна склеродермія, поліорганны ураження легень, серця, нирок, флегмона м'яких тканин, сепсис.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Особливості перебігу, прогнозу та лікування коморбідних захворювань при патології внутрішніх органів з урахуванням генетичних, вікових і гендерних аспектів» (номер державної реєстрації 0118 У 004461).

Системна склеродермія (ССД) – автоімунне захворювання сполучної тканини, з характерним ураженням шкіри, судин, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів (нирки, серце, легені, травний канал), в основі якого лежить порушення мікроциркуляції, запалення і генералізований фіброз. Це захворювання поширене у всьому

світі. Середня захворюваність складає 12-14 випадків на 1 млн. населення. Хворіють зазвичай особи у віці 30-40 років, жінки хворіють в 4-8 разів частіше чоловіків (співвідношення 7:1) [1].

На попередньому етапі діагностики особливе значення має тріада початкових ознак захворювання: синдром Рейно, характерне ураження

шкіри, суглобовий синдром. Надалі в процес залучаються численні органи і тканини. Вісцеральні ураження при ССД досить різноманітні і визначають характер перебігу хвороби і її прогноз. У літературних джерелах періодично публікуються випадки з практики, в яких описуються незвичайні варіанти клінічного перебігу ССД та її ускладнень [2,3]. Ураження серцево-судинної системи є одним із основних вісцеральних проявів ССД, при цьому в процес втягуються перикард і судини всіх калібрів, часто поєднане ураження. Характерні два типи ураження легень: дифузний пневмосклероз, переважно базальних відділів, іноді з кістозною перебудовою, фіброзуючий альвеоліт; легенева гіпертензія-ізолювана або в поєднанні з дифузним пневмосклерозом. Можливе ураження всіх відділів травного тракту, частіше виявляються ураження стравоходу, ураження кишечника, з порушенням всмоктування і ознаками непрохідності, а також виразкові ураження. Ураження нирок, що діагностуються у 10-20% хворих є одним з несприятливих факторів, що впливають на виживання хворих ССД.

Інфекційні ускладнення займають одне з провідних місць в структурі смертності пацієнтів з системними захворюваннями сполучної тканини (СЗСТ), поряд з кардіоваскулярними і онкологічними захворюваннями [2,4]. На підставі аналізу ретроспективних даних встановлено, що частота коморбідних інфекцій у стаціонарних пацієнтів з ревматичними захворюваннями складала 9,7% з переважним ураженням органів дихання (44%), сечовивідних шляхів (29,2%), шкіри і м'яких тканин (18,9%). Найбільш часто коморбідні інфекції зустрічались у хворих системним червоним вівчаком (СЧВ) (28,4%) і ревматоїдним артритом (13,2%) [5,6]. Встановлено, що близько 50% хворих СЧВ переносять серйозні епізоди інфекцій під час їх хвороби [7]. Інфекції становлять 2-9% всіх причин смерті хворих на системну склеродермію [8]. Реєструються випадки тяжких інфекцій (пневмонія, сепсис, бактеріальний артрит, ураження шкіри і м'яких тканин та ін.), в тому числі з летальним наслідком. На тлі переважних дефектів гуморального імунітету (В-ланки) переважають бактеріальні (стафілококові, стрептококові і ін.) інфекції [1,2,9]. Особливо гостро це питання стало з впровадженням в практику генно-інженерних біологічних препаратів (ГІБП), застосування яких асоціюється з наростаючим ризиком розвитку інфекцій різноманітної природи і локалізації, включаючи опортуністичні (інвазивні мікози, пневмоцистна пневмонія і ін.), а також підвищеним ризиком реактивації латентної інфекції, в тому числі туберкульозу.

Проблема диференціальної діагностики системного інфекційного процесу і ревматичних захворювань, що протікають з високою активністю, є надзвичайно актуальною. Приводимо клінічний випадок, який, на нашу думку, може представляти певний клінічний інтерес.

Хворий З., 26 років, хворіє з 2016 року на системну склеродермію, коли появились ознаки синдрому Рейно (блідість, ціаноз, гіперемія кистей рук і стоп). Пізніше приєдналися щільний набряк шкіри, гіперпигментація кистей рук, обличчя, телеангіоектазії на обличчі, біль і обмеження рухів в суглобах кистей рук.

В ревматологічному відділенні після обстеження було встановлено діагноз: ССД, дифузна форма, підгострий перебіг, активність II, з ураженням шкіри – індурація, набряк, гіперпигментація; судин – синдром Рейно; легень – базальний пневмосклероз, травного тракту – рефлюкс езофагіт. Отримував терапію: метилпреднізолон 16 мг, ендоксан, вазапростан, дипіридамол.

Після проведеної терапії загальний стан покращився, нормалізувались лабораторні показники, пацієнту було рекомендовано зниження дози метилпреднізолону, продовжити терапію ендоксаном.

Стан хворого погіршився в 2019 після переохолодження. З'явилась слабкість, narosla задишка, з'явився біль і набряк нижніх кінцівок, підвищилась температура тіла – 37,3°C-38,5°C. Хворий був госпіталізований в ревматологічне відділення з послідовним переводом в хірургію в зв'язку з необхідністю хірургічного втручання з приводу флегмони м'яких тканин.

Стан хворого при госпіталізації тяжкий. Положення вимушене із-за болю в нижніх кінцівках. Шкірні покриви обличчя, шиї, тулубу, кінцівок ущільнені, гіперпигментовані, сухі. Симптом «ки-сета» навколо рота. Дифузний ціаноз, ЧДР-22 за хвилину. В легенях на тлі жорсткого дихання розсіяні сухі хрипи, нижче кута лопатки крепітація з обох сторін. Пульс 120 в 1', аритмічний, АТ 80/40 мм рт.ст. Ліва межа серця про передній аксиллярний лінії, права – по парастернальній лінії. Діяльність серця аритмічна, тони ослаблені, на верхівці систолічний шум. Живіт м'який, безболісний. Печінка виступає на 1,5-2,0 см, нижче реберної дуги. Набряк і гіперемія лівої гомілки і стегна, в ділянці середньої третини стегна – флукутація.

При обстеженні: клінічний аналіз крові: еритроцити - $1,38 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $22,3 \times 10^9/л$, гемоглобін - 27 г/л, тромбоцити – $522 \times 10^9/л$, ШОЕ – 75 мм/год., в формулі – паличко-ядерні - 12%, лімфоцити - 4%.

Аналіз сечі: питома вага - 1014, білок – 0,22 г/л, лейкоцити - 2-4 в п/з, еритроцити 1-2 п/з, добовий діурез - 350-400 мл.

Біохімічний аналіз крові: білок загальний 47,9 г/л, сечовина 6,8 ммоль/л, креатинін – 64 мкмоль/л, загальний білірубін - 7,1 ммоль/л, АлАТ - 31 ммоль/л, АсАТ – 27 ммоль/л, К - 3 ммоль/л, Na - 130 ммоль/л, загальний 2,4 ммоль/л, фібриноген - 6,66 г/л, протромбіновий індекс - 129%, МНВ-0,77. Посів крові (2 рази) висіяний *Staphylococcus aureus*.

Спіральна комп'ютерна томографія органів грудної і черевної порожнини: інтерстиціальний

дифузний пневмосклероз, у плевральних синусах рівні рідини, межі серця розширені, селезінка - контур рівний, структура однорідна, в розмірах збільшена 130×97 мм. Висновок: кардіоміопатія, двосторонній ексудативний плеврит, спленомегалія.

ЕхоКС: дилатація порожнини серця, низька скоротлива здатність міокарда лівого шлуночка (ЛШ), ФВ-31%. Недостатність мітрального клапану II-III ст. Недостатність трикуспідального клапану. Легенева гіпертензія, систолічний тиск в легеневій артерії 35 мм.рт.ст.

ЕКГ: тріпотіння передсердь 2:1; 3:1. Відхилення ЕВС вліво. Часта поодинокі та спарені шлуночкова екстрасистолія. Блокада передньої лівої гілки пучка Гіса. Гіпертрофія ЛШ з ознаками перенавантаження та ішемії бокової стінки.

Фіброгастроскопія (ФГДС) - еритематозна гастропатія. Ректороманоскопія: виразковий коліт.

Встановлено клінічний діагноз: системна склеродермія, підгострий перебіг, акт. III з ураженням шкіри - індурація, набряк, гіперпігментація; судин - синдром Рейно, легенева гіпертензія I стадія; серця - рестриктивна кардіоміопатія, недостатність мітрального клапану II-III стадія, трикуспідального клапану II стадія; персистуюча форма тріпотіння передсердь, неправильна форма (2:1; 3:1), тахісистолічний варіант, CHA2DS2VASc - 1 бал, HAS BLED - 1 бал; шлуночкова екстрасистолія. СН ІІА зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ - 31%) ФК ІІІ; травного тракту - рефлюкс-езофагіт, хронічний гастродуоденіт в стадії помірного загострення, виразковий коліт, легень - пневмофіброз ДН І, нирок - склеродермічна нефропатія, ХНН І.

Ускладнення: стафілококовий сепсис, флегмона м'яких тканин лівої нижньої кінцівки. Хронічна постгеморагічна анемія, тяжкого ступеня.

В хірургічному відділенні проведено широкий розтин і дренування ураженої ділянки. Розпочата антибактеріальна терапія (ванкоміцин, амікацин), сольо-медрол внутрішньовенно, переливання свіжозамороженої плазми, еритроцитарної маси, реополіглюкін, пантопразол, аміодарон. На фоні отримуваної терапії спостерігалася позитивна динаміка, покращення загального стану хворого, клініко-лабораторних показників. Виписаний в задовільному стані з рекомендацією продовжити терапію антибіотиками до одного місяця (левофлоксацин).

Представлений клінічний випадок наочно демонструє тяжкий підгострий перебіг з поліорганими ураженнями: легень, серця, нирок, травного тракту. На тлі імунодефіциту, що обумовлений патогенетичними механізмом хвороби, а також імуносупресивною терапією (циклофосфан, глюкокортикоїди) приєдналися тяжкі інфекційні ускладнення, зокрема септицемія, флегмона м'яких тканин, зі складним патогенезом, які зажадали тривалої інтенсивної терапії.

Актуальність даної проблеми обумовлена складністю з'ясування першопричини захворю-

вання, так як системна реакція організму може бути викликана як інфекційними, так і неінфекційними процесами; складністю інтерпретації змін об'єктивних і лабораторних даних (лихоманка, тахікардія, тахіпноє, зміни лейкоформули) і вибору тактики ведення пацієнтів з дифузними захворюваннями сполучної тканини (ДЗСТ) і сепсисом. Істотно ускладнюють діагностику як наявність схожих симптомів, пов'язаних з активним процесом при ревматичних захворюваннях, так і імуносупресивної терапії, яка є провідним фактором ризику приєднання інфекції і маскування її клінічних симптомів [1,4,10].

Ревматичні захворювання, в тому числі системні захворювання сполучної тканини, часто виникають внаслідок вторинного імунодефіциту. Застосування імуносупресивних засобів (ГКС і цитостатиків) у таких пацієнтів, з одного боку, є необхідним, так як знизити активність автоімунного процесу без них неможливо, з іншого боку, поглиблення існуючого у таких хворих імунодефіциту підвищує ймовірність активізації інфекції. Одним з побічних ефектів НПЗП і цитостатиків може бути нейтропенія, агранулоцитоз, що пов'язане з високим ризиком бактеріальної інфекції.

Висновок

Проблема диференціальної діагностики системного інфекційного процесу і ревматичних захворювань, що протікають з високою активністю, є надзвичайно актуальною. Особливістю клінічного перебігу гнійно-септичних ускладнень у пацієнтів з системними захворюваннями сполучної тканини є ареактивність, стертість класичних проявів інфекції, важкий перебіг, несприятливий прогноз.

При курації хворих з ревматичними захворюваннями слід звертати увагу на наявність факторів ризику, при яких ймовірність розвитку коморбідних інфекцій підвищується, а також важливо визначити ранні симптоми інфекційного ускладнення.

Література

1. Kovalenko VM, Shuba NM. Nacionalnij pidruchnik z revmatologiyi [National Textbook on Rheumatology]. Kyiv; 2013. 671 p. (Ukrainian).
2. Yakimenko EA, Zakatova LV, Tbileli VV, Antipova NN, Tihonchuk NS. Sepsis pri revmaticheskikh zabolovaniyakh [Sepsis and rheumatic diseases]. Gostri ta nevidkladni stani u praktiki likarya. 2018; 1:18-27. (Ukrainian).
3. Infectious complications of systemic sclerosis. La Presse Med. 2009 Feb;38(2):291-302.
4. Krasnoslobodskij AI. Aspekty diagnostiki i lecheniya hirurgicheskikh gnojno-septicheskikh oslozhnenij pri vtorichnom immunodeficitе [Aspects of diagnostics and treatment of surgical suppurative-septic complications with secondary immunodeficiency]. Shpitalna hirurgiya. 2013; 2:70-1. (Ukrainian).
5. Manukyan SG. Komorbidnye infekcii pri revmaticheskikh zabolovaniyakh: rasprostranennost, faktory riska, farmakologicheskie aspekty [Comorbid infections in rheumatic diseases: prevalence, risk factors, pharmacological aspects] [dissertation]. Moscow, Rossijskoj akademii nauk Institute of Rheumatology of the Russian Academy of Sciences; 2008. 127 p. (Russian).
6. Barrett O, Abramovich E, Dreier J, Novack V, Mahmoud Abu-Shakra. Mortality due to sepsis in Patients with Systemic lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis. IMAJ. 2014 October;16:634-5.

7. Volkova SYu, Fadienko GR, Medvedeva IV. Sistemnaya krasnaya volchanka i sepsis [Systemic lupus erythematosus and sepsis]. Klinicheskaya medicina. 2002; 7:54-9. (Ukrainian).
8. Kang I, Park SH. Infectious complications in SLE after immunosuppressive therapies. Curr Opin Rheumatol 2003;15(5):528-34.
9. Listing J, Gerhold K, Zink F. The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment, Rheumatology. 20131 January;52(1):53-61.
10. Ruiz-Irastorza GI, Olivares N, Ruiz-Arruza I, Martinez-Berriotxoa A, Egurbide MV, Aguirre C. Predictors of major infections in systemic lupus erythematosus. Arthritis Res Ther. 2009;11:109.

Реферат

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНОГО СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ПОЛИОРГАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ждан В.Н., Китура Е.М., Бабанина М.Ю., Гордиенко Е.В., Мороз Т.В.

Ключевые слова: системная склеродермия, полиорганные поражения легких, сердца, почек, флегмона мягких тканей, сепсис.

Системная склеродермия - аутоиммунное заболевание соединительной ткани с характерным поражением кожи, сосудов, опорно-двигательного аппарата, внутренних органов (почки, сердце, легкие, пищеварительный канал), в основе которого лежит нарушение микроциркуляции, воспаления и генерализованный фиброз. На предварительном этапе диагностики особое значение имеет триада начальных признаков заболевания: синдром Рейно, характерно поражение кожи, суставной синдром. В дальнейшем в процесс вовлекаются многие органы и ткани. Инфекционные осложнения занимают одно из ведущих мест в структуре смертности пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. На основании анализа ретроспективных данных установлено, что частота коморбидных инфекций в стационарных пациентов с ревматическими заболеваниями составила 9,7% с преимущественным поражением органов дыхания (44%), мочевыводящих путей (29,2%), кожи и мягких тканей (18,9%). Наиболее часто коморбидные инфекции встречались у больных системной красной волчанкой (28,4%) и ревматоидным артритом (13,2%). Инфекции составляют 2-9% всех причин смерти больных системной склеродермией. Регистрируются случаи тяжелых инфекций (пневмония, сепсис, бактериальный артрит, поражение кожи и мягких тканей и др.), в том числе с летальным исходом. Проблема дифференциальной диагностики системного инфекционного процесса и ревматических заболеваний, протекающих с высокой активностью, является чрезвычайно актуальной. В статье представлен клинический случай подострого течения системной склеродермии с полиорганными поражениями: легких (пневмофиброз, легочная гипертензия), сердца (рестриктивная кардиомиопатия, трепетание предсердий), почек (нефрит) с присоединением тяжелых инфекционных осложнений (септицемия, флегмона мягких тканей левой нижней конечности), который по нашему мнению, может представлять определенный клинический интерес. Представленный клинический случай наглядно демонстрирует тяжелое подострое течение с полиорганными поражениями: легких, сердца, почек, пищеварительного тракта. На фоне иммунодефицита присоединились тяжелые инфекционные осложнения, в частности септицемия, флегмона мягких тканей, со сложным патогенезом, которые потребовали длительной интенсивной терапии.

Summary

INFECTIOUS COMPLICATIONS IN A PATIENT WITH SYSTEMIC SCLERODERMA AND MULTIPLE ORGAN DYSFUNCTION: A CASE REPORT

Zhdan V.M., Kitura Ye.M., Babanina M.Yu., Gordienko O.V., Moroz T.V.

Key words: systemic scleroderma, multiple organ dysfunction, lungs, heart, kidney, soft tissue phlegmon, sepsis.

Systemic scleroderma is an autoimmune connective tissue disease with characteristic lesions of the skin, blood vessels, musculoskeletal system and internal organs (kidneys, heart, lungs, and digestive tract) based on impaired microcirculation, inflammation and generalized fibrosis. At the stage of provisional diagnosis, the triad of the initial signs of the disease is especially important including Raynaud's syndrome, characteristic skin lesions, and joint syndrome. Subsequently, multiple organs and tissues are involved in the process. Infectious complications are one of the major threats to patients with systemic connective tissue disease, along with cardiovascular and cancerous diseases. Based on retrospective analysis, it has been found out that the incidence of comorbid infections in the in-patients with rheumatic diseases made up 9.7%; with predominant damage to respiratory organs was 44%, urinary tract – 29.2%, and skin and soft tissues – 18.9%. Comorbid infections were the most common in patients with systemic lupus erythematosus (28.4%) and rheumatoid arthritis (13.2%). Infections constitute 2-9% of overall causes of mortality in patients with systemic scleroderma. Cases of serious infections (pneumonia, sepsis, bacterial arthritis, skin and soft tissues lesions, etc.) have been recorded, including those with fatal outcomes. The problem of differential diagnosis of systemic infectious process and rheumatic diseases with high activity is extremely important. The paper presents a clinical case of subacute course of systemic scleroderma with multiple organ dysfunction affecting lungs (pneumofibrosis, pulmonary hypertension), heart (restrictive cardiomyopathy, atrial flutter), kidneys (nephritis) conjoined with severe infectious complications (septicemia, phlegmon of the soft tissues of the left leg). The present clinical case clearly demonstrates a severe subacute course with multiple organ dysfunction affecting lungs, heart, kidneys, digestive tract. Immunodeficiency was accompanied by severe infectious complications, in particularly, septicemia, soft tissue phlegmon, having complex pathogenesis that required prolonged intensive care.